

INFORME DE PROGRESO DEL MÉDICO Y EL QUIROPRÁCTICO CERTIFICACIÓN DE INCAPACIDAD

Número de reclamación:	
Número de Seguro Social:	
Nombre del paciente:	Fecha de la lesión:
Empleador:	Nombre de la organización de cuidado administrado (MCO) (si corresponde):
Ocupación/descripción del trabajo del paciente:	
Lesiones/enfermedades/cirugías previas que contribuyen a la afección:	
Diagnóstico:	
¿Se relaciona con la lesión laboral? Explique:	
Hallazgos médicos objetivos:	
☐ Ninguno, recibió el alta Estable ☐ Sí ☐ No Calificable ☐ Sí ☐ No ☐ Mejora general ☐ La afección empeoró ☐ La afección se mantuvo igual Es posible que haya sufrido una incapacidad permanente ☐ Sí ☐ No	
Plan de tratamiento:	

- ☐ Sin cambio en la terapia ☐ Se indicó fisioterapia/terapia ocupacional ☐ Se puede usar la medicación mientras se trabaja
☐ Gestión de casos ☐ Fisioterapia/terapia ocupacional interrumpida

☐ Consulta	
☐ Estudios diagnósticos adicionales:	
☐ Recetas médicas	

☐ Autorizado para TRABAJO DE JORNADA COMPLETA /sin restricciones el (fecha):	
☐ Certificado como INCAPACITADO TOTAL TEMPORAL (indique las fechas) Desde: Hasta:	
☐ Autorizado para TRABAJO RESTRINGIDO /con modificaciones el (fecha) Desde: Hasta:	
Las restricciones son: ☐ Permanentes ☐ Temporales	
☐ No puede sentarse ☐ No puede inclinarse a la altura de la cintura ☐ No puede cargar objetos ☐ No puede empujar objetos	☐ No puede permanecer de pie ☐ No puede agacharse ☐ No puede caminar ☐ No puede trepar
☐ No puede tirar de objetos ☐ No puede levantar peso ☐ Levantamiento de peso restringido a (lb): ☐ No puede alcanzar objetos por encima del nivel de los hombros	☐ Otro:
Fecha de la siguiente visita:	Fecha de este examen:
Nombre del médico/quiropráctico:	Firma del médico/quiropráctico: